Aus der Chirurgischen Universitäts-Klinik zu Halle a. d. S. 1922

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Georg Ochse

aus Halle a. d. S.

Referent: Prof. Dr. Voelcker, Halle a. d. S.

Halle a. d. S. 1922.

Buchdruckerei Emil Wolff & Söhne.

Die Gallenwege=Operationen in der Zeit vom 1. Oktober 1919 bis 31. Dezember 1921 an der Chirurgischen Universitäts=Klinik zu Halle a. S.

unter besonderer Berücksichtigung ihrer Indikationsstellung.

Verfasser berichtet eingehend über 148 während der Bericht zeit in der Chirurgischen Universitäts-Klinik zu Halle a. S. behan delte Fälle von Erkrankungen der Gallenblase und Gallenweg von denen 126 einem operativen Eingriff unterworfen wurden. Di letzteren teilt er nach Anamnese und Befund unter besondere Berücksichtigung etwa bestehender Komplikationen, wie Steinein klemmung, Peritonitis, Sepsis usw., die in ihrer Gesamtheit di Operationsanzeige abgaben, in fünf Gruppen ein:

1. Einfache Fälle, bei denen die Erkrankung auf die Gallenblas beschränkt war, ohne jegliche lebensbedrohende Komplikatione also Erkrankungen an Cholecystitis acuta, an chronisch rezid vierender Cholezystitis im entzündlichen Anfall und im schmer freien Intervall sowie an Hydrops vesicae felleae.
2. Erkrankungen mit Sepsis, d. h. ausgesprochene Empyeme, un solche mit Beteiligung des Peritoneums infolge Gangrän od Perforation der Gallenblasenwand.
3. Fälle mit akutem oder chronischem Verschluß des Duct choledochus.
4. Erkrankungen, in denen ursprünglich ein anderes Leiden di gnostiziert war (Ileus, Appendizitis usw.), während, wie sich b der Laparotomie herausstellte, die Krankheit ihren Ursprun von der Gallenblase genommen hatte.
5. Maligne Neubildungen (Karzinome usw.).

Rein zahlenmäßig unter Berücksichtigung des jeweiligen Au gangs in Heilung oder Tod ergibt sich folgende Übersicht:

	Einfache Fälle	Fälle mit Sepsis (Empyeme) usw.	Fälle mit Choledochusverschluß	Fälle mit anderer Diagnose	Neubildunge
Zahl	74	23	10	9	10
Prozent von 126	58,7	18,2	7,9	7,3	7,9
Geheilt . . .	74	20	5	6	5
Gestorben . .	—	3	5	3	5
Mortalität % .	0	13	50	33,3	50

Todesursachen.

Fälle mit Sepsis (Empyeme) usw.	Fälle mit Choledochusverschluß	Fälle mit anderer Diagnose	Neubildungen
1 Herzschwäche 1 Sepsis 1 ?	1 Collaps 1 Sepsis 1 Myodegen. cord. 1 Choläm. Nachblutg. aus Cystica-Ast 1. embol. Infarkt	1 Collaps 1 Myodegen. cord. 1 Broncho-pneumonie	5 Herzschwäche

Die zum Vergleich angeführten Statistiken aus den letzten ahren von Heidenhain, Friedemann, Rohde und Zoepffel nthalten ähnliche Zahlen, vor allem zeigen sie übereinstimmend, aß in den einfachen Fällen die Mortalität fast gleich Null ist, vährend jeder Eintritt von Komplikationen, zu dem es bei allzu ange abwartender interner Therapie kommen kann, die Prognose erschlechtert. Daraus ergibt sich die Forderung, daß die Patienten ei Gallensteinleiden usw. rechtzeitig, noch ehe irgendwelche Komlikationen aufgetreten sind, dem Chirurgen zur operativen Beseigung des Leidens zugeführt werden müssen, oder, wenn solche chon vorhanden sind, der Eingriff so schnell als möglich vorzunehıen ist, bevor der Körper allzusehr an Widerstandsfähigkeit verren hat. Im Anschluß hieran stellt Verfasser für die einzelnen rankheitsformen unter Berücksichtigung der sozialen und wirtchaftlichen Verhältnisse sowie etwa bestehender direkter oder ıdirekter Lebensgefahr die Indikationen für ein chirurgisches orgehen bei der Cholezystitis und Cholelithiasis auf, insbesondere ordert er für die Cholecystitis acuta mit Ausnahme der leichten älle, die einer internen Therapie vorbehalten bleiben, die Frühperation ähnlich wie bei der akuten Appendizitis, da sie technisch eicht auszuführen und dabei relativ gefahrlos ist.

Von den Operationsmethoden verdient die radikale Methode er Cholezystektomie vor der mehr konservativen der Cholezystndyse bezw. Cholezystostomie den Vorzug, da auch die makroskoisch scheinbar gesunden Gallenblasen meist schon schwere histoloische Veränderungen in der Struktur der Blasenwand (Erweiterung er Luschkaschen Gänge) aufweisen, die eine restitutio ad integrum icht erhoffen lassen, vielmehr eine günstige Basis für ein Wiederufflackern der Entzündung darstellen. Liegt eine Beteiligung der efen Gallenwege infolge Einwanderung oder Einklemmung von onkrementen oder cholangitische Prozesse vor, so ist neben der holezystektomie noch die Choledochotomie mit anschließender rainage des Ductus hepaticus mittels T-Rohr od. dergl. vorzuehmen.

Verfasser schildert dann kurz das Verfahren, wie es gegen-

wärtig an der Chirurgischen Universitäts-Klinik in Halle ausge
wird. Die „ideale Cholezystektomie“, wie sie v. Haberer für
stimmte Fälle in Vorschlag gebracht hat, lehnt er ab wegen
Gefahr des Entstehens einer galligen Peritonitis für den Fall,
die Ligatur des Ductus cysticus insuffizient wird. Ein auf Leb
bett und Zystikusstumpf eingeführtes Glasdrain, das nach zwei
drei Tagen, wenn die Zystikuswände miteinander verklebt si
entfernt wird, bietet hinreichenden Schutz ohne besondere Nachte

Rezidive kommen auch nach Cholezystektomien noch v
doch sind „echte“ Rezidive, die durch Neubildung von Konk
menten in den Gallenwegen zustandekommen, sehr selten; me
handelt es sich um „unechte“ Rezidive, für die entweder üb
sehene, nicht entfernte Steine oder postoperativ entstandene Str
turen, Adhäsionen sowie leichte cholangitische Nachschübe v
antwortlich zu machen sind.